

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 150

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE DE L'ISCHION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mai 1920

PAR

Alfred DEMOTTE

Né à Montfrin (Gard), le 28 octobre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	ESTOR, professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		VIRES, professeur		
		LEENHARDT, agrégé.		
		GAUSSEL, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdansor

1920

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

TUBERCULOSE DE L'ISCHION



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0120

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 150

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE DE L'ISCHION

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 15 Mai 1920

PAR

Alfred DEMOTTE

Né à Montfrin (Gard), le 28 octobre 1892

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, professeur, *Président*
VIRES, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
GAUSSEL, agrégé.

{ *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*)	DOYEN.
N...	ASSESSEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TERNAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Clinique médicale.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIREN (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABAU (*).
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (*).
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N...
Médecine légale et toxicologie.....	N...

Professeurs adjoints : MM. Dr ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. Dr ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU (O *) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN (*), a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé. (ch. d. c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé. (c. c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé. (c. c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé. (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON (*), doct. (c. c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIÈRE.	MM. CABANNES.	MM. ETIENNE.
GRYNFELT (*).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT.	RUZIERE.	PECH (*), ch. d'agr. l.
GAUSSEL (*).	J. DELMAS (*).	
RICHE.	RIMBAUD (*).	

Examineurs de la thèse.

MM. ESTOR, professeur, <i>président</i> .	MM. LEENHARDT, agrégé.
VIREN, professeur.	GAUSSEL, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A. DEMOTTE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A. DEMOTTE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TUBERCULOSE DE L'ISCHION

INTRODUCTION

Parmi les différentes localisations tuberculeuses, les ostéites de l'ischion sont certainement de celles qui ont suscité le moins de travaux originaux. La relative rareté de cette affection expliquerait cet état de choses dans une certaine mesure. Cependant, si l'étiologie et la pathogénie ne présentent à notre esprit rien de particulier et ne différencient ces ostéites des autres localisations, il nous a semblé que l'étude clinique d'une part et le traitement d'autre part, méritaient de retenir quelque peu notre attention.

Par ailleurs, nous croyons que la rareté de la tuberculose de l'ischion n'est qu'une rareté apparente. Ici, de même que pour le pubis, il nous a semblé que les statistiques s'étaient quelque peu immobilisées, et que tous les cas étaient loin d'avoir été publiés. En fait, ces ostéites bacillaires du

bassin ne sont point rares et nous en voulons comme simple preuve, la présence, en moins de six mois, de deux ostéites de l'ischion dans le service de notre maître, M. le professeur Estor.

La bibliographie de la question, n'a pas été sans présenter pour nous quelque difficulté. C'est que c'est surtout en Amérique et en Italie, qu'ont paru les principales publications sur la question. Dans la plupart des classiques français, on se contente de signaler cette localisation, et les détails cliniques sont complètement laissés de côté. Le traité de Mickulitz, en Allemagne, laisse cette question absolument dans l'ombre.

ANATOMIE NORMALE ET PATHOLOGIQUE

Nous n'avons pas l'intention d'entreprendre ici une description détaillée de la région anatomique qui nous occupe. Nous nous contenterons simplement de préciser quelques détails embryologiques et de nous arrêter à la description des insertions musculaires et aponévrotiques qui se font au voisinage de la tubérosité ischiatique.

L'ischion se développe par un point d'ossification primitif qui apparaît vers le troisième mois de la vie intra-utérine; il se développe par conséquent antérieurement au point d'ossification pubien et postérieurement au point d'ossification iliaque.

A ce point vient se joindre, vers l'âge de 15 ans, un point épiphysaire ischiatique qui s'accrole au point primitif vers l'âge de 18 à 20 ans.

Le trou ischio-pubien est fermé par la membrane obturatrice et les muscles obturateurs internes et externes qui partent de tout le pourtour osseux du trou sous-pubien. Ceci nous fait comprendre qu'un abcès parti d'un point malade au niveau du pourtour osseux ne pourra se développer sans se faire jour à travers l'un de ses muscles, soit vers le bassin, soit vers la racine de la cuisse.

Ces deux muscles doublés par l'aponévrose du releveur de l'anus se dirigent vers la face interne du grand trochanter en passant l'un en avant de l'ischion, l'autre sur sa face

postérieure. Ces deux muscles semblent ainsi barrer la route vers le haut aux collections qui pourraient remonter vers l'articulation coxo-fémorale.

C'est surtout vers la partie inférieure que ces abcès fusent. Là d'ailleurs, il existe deux chemins faciles à suivre :

Sur la tubérosité ischiatique, s'insèrent le tendon et quelques fibres du grand adducteur ; de là, le muscle s'écarte en éventail pour se diriger vers le fémur. Ce muscle forme une sorte de cloison musculo-aponévrotique qui divise la cuisse en deux loges. Suivant que le point d'origine osseuse se trouve sur la face antérieure ou postérieure de l'os, l'abcès passera soit en avant, soit en arrière du muscle. En avant, l'abcès ira se loger entre le moyen et le petit abducteur ; en arrière, il glissera facilement entre le demi-tendineux et le biceps.

Cette étude de l'anatomie normale nous a permis de comprendre la migration des abcès qui constitue la complication dominante de ces ostéites. Mais, en dehors de cette étude, il convient de préciser les lésions anatomiques des surfaces osseuses.

Nous retrouvons ici, comme lésion anatomique élémentaire : la granulation, puis le tubercule. La forme sèche est rare, c'est la forme caséeuse qui domine. La présence des séquestre est la règle ; sans doute ces séquestres sont petits et leur élimination spontanée a été décrite et peut se produire ; cependant, dans la majorité des cas, cette élimination est extrêmement lente et peut entretenir des fistules interminables. Quelquefois même ces séquestres restent inclus dans une véritable caverne tuberculeuse.

ETIOLOGIE

L'étiologie des ostéites de l'ischion, ne présente rien de particulier. C'est, en somme, l'histoire de toutes les causes favorisant le développement du bacille de Koch sur un point osseux.

L'hérédité joue un rôle, ce rôle est incontestable. L'expérience est là pour nous le prouver. Il y a à coup sûr, une prédisposition transmise par les parents qui favorise l'écllosion de la tuberculose.

La contagion intervient au plus haut point. Et c'est ici la lamentable histoire de tous ces jeunes enfants vivant en milieu confiné et partageant l'atmosphère d'un père ou d'une mère tuberculeux, sans que jamais aucune mesure d'hygiène publique ou privée ait été prise.

Le traumatisme est toujours invoqué. Cependant le traumatisme ne peut pas créer, il se contente d'être révélateur et aggravateur d'une tuberculose latente.

Le sexe n'a aucune importance ; par contre, l'âge offre plus d'intérêt. C'est en général vers la seconde enfance qu'apparaissent ces localisations bacillaires, pour devenir beaucoup plus rares, presque exceptionnelles à partir de l'âge de 30 ans.

ETUDE CLINIQUE

L'évolution de la tuberculose de l'ischion est lente. Pendant longtemps l'enfant ne souffre pas, marchant à peu près normalement et accusant simplement une légère boiterie à la fin de la journée, boiterie, qui est mise sur le compte de la fatigue.

Cependant, le début a pu quelquefois être marqué par des phénomènes aigus. C'est ainsi que, dans un cas d'Ollier, l'affection commença avec des symptômes très aigus, et que dans un cas de William Bosc, elle débuta par une douleur vive et subite qui immobilisa immédiatement le malade au lit et fit penser à une attaque de rhumatisme.

A la période d'état, le malade présente des douleurs communiquées par la marche et la station debout. Ces douleurs sont vagues, mal localisées. Par contre, la palpation méthodique des surfaces osseuses, permet de préciser la situation de l'affection, une douleur exquise étant ainsi révélée au point ischiatique.

Les attitudes vicieuses sont ici peu marquées, tout au plus pourra-t-on percevoir une adduction légère avec rotation interne, le tout s'accompagnant d'une faible atrophie de la cuisse.

Les mouvements de flexion et d'extension sont parfois douloureux, il en est de même des mouvements d'adduction, mais d'une manière générale, l'abduction reste libre.

C'est alors qu'apparaît le symptôme capital, celui en présence duquel se trouve en général le médecin quand il est appelé, nous voulons parler des abcès migrants. En général, ces abcès siègent en arrière du muscle grand abducteur. Quand ils ne sont pas ouverts, leurs dimensions sont rarement considérables, car la fistulisation est précoce.

Quand la fistulisation est déclarée, on peut trouver des trajets multiples dont l'interprétation peut être quelquefois difficile. C'est ainsi que, dans un cas cité par Gaut, il y avait une fistule cutanée et une fistule rectale dont l'orifice siégeait à deux pouces et demi au-dessus de l'anus qui exigea une opération de fistule anale. Il y avait même un trajet fistuleux se dirigeant vers le bulbe de l'urèthre.

Quoi qu'il en soit, la présence de ces trajets fistuleux nécessiteront toujours une exploration méthodique et patiente au stylet, exploration qui permettra souvent de parvenir sur le point osseux.

Enfin le toucher rectal permettra de rendre nette une localisation à la face interne de l'os.

DIAGNOSTIC

I. — AVEC LES AUTRES LÉSIONS TUBERCULEUSES

Les abcès d'origine osseuse peuvent venir de très loin, aussi conviendra-t-il d'éliminer le mal de Pott, en recherchant les points douloureux sur la colonne vertébrale, dont on examinera également la rigidité.

Le diagnostic avec la coxalgie peut être plus délicat, surtout avec une coxalgie au début; il faudra tenir compte de l'absence d'attitudes vicieuses, et surtout de l'absence de point douloureux au niveau de la tête fémorale et du bord postérieur du grand trochanter.

Il faudra éliminer également la sacro-coxalgie qui se reconnaît aux phénomènes douloureux que provoquent au niveau de cette articulation le rapprochement des crêtes iliaques.

Enfin, il convient de songer aux ostéites de voisinage. C'est ici que la palpation méthodique et la pression des points douloureux donneront de précieux renseignements pour distinguer une tuberculose du pubis ou une lésion du grand trochanter. Enfin, dans ces cas-là, la radiographie en montrant la présence des séquestres, donnera de précieux renseignements.

II. — DIAGNOSTIC AVEC LES AFFECTIONS NON TUBERCULEUSES

Éliminons d'abord les douleurs de croissance, qui sont des douleurs para-articulaires, et qui ne permettront la confusion qu'à la période où les abcès froids ne sont pas collectés.

Il faut penser aussi au psoitis ou inflammation du muscle psoas qui est important à connaître car il provoque des attitudes vicieuses du membre inférieur. Ce psoitis étant en général d'origine appendiculaire, la palpation du point de Mac Burney, et le réveil des phénomènes douloureux éviteront l'erreur.

Il convient aussi de songer à la névralgie sciatique, qu'on éliminera par la recherche des points de Valleix et l'absence de douleurs dans les mouvements de flexion.

Enfin, le rhumatisme qui servira souvent d'excuse aux médecins qui ne font qu'un examen rapide et superficiel devra être soigneusement discuté.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic est fonction de la précocité du diagnostic et de la rapidité du traitement. Chez les enfants, ces localisations tuberculeuses guérissent, et si l'état général reste bon, les complications viscérales guérissent vite. Cependant, les infections secondaires sont à craindre. Le voisinage du rectum, la difficulté de faire un pansement à la fois solide et protecteur, justifient cette manière de voir.

Quant au pronostic éloigné, il en est ici comme pour la plupart des lésions tuberculeuses. Il est difficile de le poser d'une façon précise.

Le traitement doit être à la fois local et général. Le voisinage de l'articulation, la possibilité d'une infection articulaire justifient une intervention chirurgicale.

Si la collection n'est pas fistulisée, on pourra essayer les ponctions suivies d'injections modificatrices. Mais le plus souvent les malades sont amenés en pleine fistulisation. Dans ces cas-là, il faut opérer. La technique de l'opération sera très simple. On pratique une incision suffisamment large pour se donner du jour, on excise les tissus lardacés et scléreux constituant les parois de la fistule, et on arrive ainsi sur la surface osseuse qu'on curette énergiquement; on enlève les séquestres, on pousse le nettoyage à fond, de manière à enlever tous les tissus suspects.

Mais ce traitement chirurgical, si énergique soit-il, ne

permet pas de négliger le traitement général qui importe au premier chef dans tout ce qui touche à la tuberculose osseuse. C'est ici tout le chapitre de la cure héliο-marine, qui, tous les jours, prend une importance de plus en plus considérable, et donne sans cesse les résultats les plus encourageants.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Service de Monsieur le professeur Estor)

Tuberculose du pubis et de l'ischion

M. C..., 13 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Rougeole à 2 ans; anémie à 12 ans; réglée à 12 ans.

Au mois d'avril 1919, la malade s'aperçut de la présence d'une petite grosseur dans la région du pli fessier. Cette grosseur a eu un développement progressif. Au bout d'un mois, elle avait acquis les dimensions d'une noix. Fistulisation au mois de mai. Pas de douleurs spontanées pendant toute cette durée.

La tumeur, une fois fistulisée, la malade se décide à voir un médecin. On note alors deux fistules. Une de ces fistules est située au niveau du pli fessier gauche; l'autre occupe la partie interne de la grande lèvre gauche. Ces deux fistules communiquent.

Pas de douleur à la marche. Pas de boiterie apparente.

A la pression sur le pubis, on obtient une douleur très marquée. On diagnostique une tuberculose du pubis et, le

30 octobre 1919 sous-anesthésie générale, on enlève un séquestre et on râcle le foyer d'ostéite.

Au mois de janvier la plaie du pubis est guérie, mais la malade se plaint de douleurs dans la région fessière et la radiographie révèle une lésion de l'ischion qui est d'ailleurs très douloureux à la pression.

Le 20 janvier, guidé par la fistule postérieure, on incise largement; on excise les parois de la fistule et on arrive sur le foyer osseux, où on trouve un séquestre qu'on enlève. On curette énergiquement, et on réunit *per primam* en laissant un drain qui est enlevé le quatrième jour. Une légère suppuration s'établit qui est, à l'heure actuelle complètement tarie.

La malade ne souffre plus; l'état général est excellent.

OBSERVATION II

(Service de Monsieur le professeur Estor)

F. L..., 10 ans. Entre à l'Hôpital Suburbain, le 18 février 1920. Le malade se plaint de douleurs fessièrès sans gêne à la marche et sans boiterie apparente.

Le début remonte à trois ans. Un gros abcès est apparu à la face postérieure de la cuisse. Cet abcès s'est fistulisé.

A l'heure actuelle, on constate la présence d'une fistule par laquelle s'écoule une sécrétion purulente intermittente. A la palpation, on réveille une douleur exquise dans la région ischiatique. Les mouvements de flexion et d'adduction sont limités. Les mouvements d'abduction sont libres. On pose le diagnostic de tuberculose de l'ischion.

Le 23 février 1920, intervention sous anesthésie générale. Guidé par la fistule on incise en plein massif fessier, et on arrive sur l'ischion dont on enlève un séquestre et qu'on

curette énergiquement. Pas de suture primitive. Mèches iodoformées.

Suites excellentes. La plaie bourgeonne rapidement.

Etat général excellent.

OBSRVATEION III

Gaut *in* The Lancet, 1899, p. 465

M. C..., âgé de 20 ans, souffreteux et cachectique, commença, il y a un an environ, à ressentir une douleur fixe et continue à l'endroit de la tubérosité gauche de l'ischion. Simultanément, il aperçut une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, à la partie supérieure et postérieure de la cuisse. La douleur s'irradia ensuite dans la direction du grand nerf sciatique. Il fut admis à Saint-Bartholomew's Hopital, le 14 avril. On essaya par des pommades de lui faire rougir l'abcès, on employa aussi les bains chauds. Au bout d'un mois, le malade fut renvoyé pour voir s'il ne se produirait pas un changement dans quelque temps.

Au bout de dix jours, se sentant aller plus mal, le malade revint pour entrer à nouveau. M. Gaut retira huit onces de pus de la fosse ischio-rectale.

En introduisant un doigt dans le rectum, un point douloureux fut constaté, à peu près à deux pouces et demi au-dessus de l'anus. On appliqua séance tenante l'opération de la fistule anale. M. Gaut divisa le rectum et le sphincter avec son bistouri. Un cul-de-sac fut découvert dans la direction de l'utérus vers le bulbe et on l'ouvrit. Un troisième cul-de-sac fut trouvé entourant la tubérosité de l'ischion gauche. On sentit au stylet l'os malade. On suspendit l'opération pour ne pas fatiguer le patient. Les incisions faites guérirent rapidement, mais le cul-de-sac ne se ferma pas.

M. Gaut l'ouvrit à nouveau par une incision de 10 centimètres environ et on trouva la tubérosité de l'ischion et une grande partie de la branche ischio-pubienne nécrosées. Les parties malades furent soigneusement enlevées. On trouvait sous le doigt le nerf sciatique. La plaie se combla graduellement et forma une cicatrice solide. L'état général du malade se releva et il fut renvoyé de l'hôpital le 11 octobre.

CONCLUSIONS

I. — Les ostéites bacillaires de l'ischion doivent être plus fréquentes que ne le disent les statistiques.

II. — La présence des séquestres est la règle. A l'ischion comme ailleurs se vérifie la loi de Lannelongue sur la migration des abcès froids dans les espaces que leur offre le tissu cellulaire. Ces abcès siègent presque tous en arrière du muscle grand adducteur.

III. — C'est surtout une affection du jeune âge. L'hérédité, la contagion interviennent comme cause étiologique.

IV. — Le diagnostic se pose par la palpation méthodique et la recherche des points douloureux, le toucher rectal, l'exploration au stylet des trajets fistuleux et la radiographie.

V. — Il faut faire le diagnostic avec les autres lésions tuberculeuses de voisinage, notamment la coxalgie, la sacro-coxalgie, la tuberculose du pubis et du grand trochanter. Se méfier d'un diagnostic trop rapide de douleur rhumatismale, ou de douleurs de croissance.

VI. — Le traitement doit être chirurgical pour protéger l'articulation. Il consiste à enlever les séquestres et à curet-ter les foyers suspects.

Le traitement général et en particulier la cure héliomarine ne doit pas être négligé.

VII. — Le pronostic est fonction de la précocité du diagnostic et de la rapidité du traitement.

BIBLIOGRAPHIE

- BAILLEY. — La tuberculose comme facteur dans les maladies du bassin. *Trans. american inst. homœp.* New-York, 1899.
- BOTTINI. — Résection de la tubérosité de l'ischion droit. *Annales de l'Université de médecine de Milan*, p. 470, 1871.
- BALLY (Emile). — Article: bassin. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*.
- BROCA. — *Leçons de clinique chirurgicale*.
- COURTY. — Article: bassin. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1868.
- FÉVRIER. — Ostéite tuberculeuse de la branche ischio-pubienne, de l'ischion et du pubis. *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, Paris, 1895.
- GAUT. — Nécrose de la tubérosité de la branche ischio-pubienne. *The Lancet*, 1859, p. 461.
- GOUILLOUD. — Des ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement, Lyon, 1883.
- HOFNAOKU. — Tubercule de la tubérosité gauche de l'ischion avec un fibrome placé devant.
- MAZZONI. — Carie de la tubérosité droite de l'ischion. *Clinica chirurgica*, Roma, 1888.
- MILONE. — Résection de l'ischien. *Ann. d. circ. med. argent.* Buenos-Ayres, 1888.

- OLLIER. — Traité des résections et opérations conservatrices qu'on peut pratiquer sur le système osseux.
- OUATE. — Etude sur la carie de l'ischion. *Observator med.* Mexico, 1874.
- PAWELL. — Un cas de nécrose de l'ischion. *Post graduate*, New-York, 1902.
- ROSE. — Nécrose de la tubérosité gauche de l'ischion. *British Med. Journal*, London, 1881.
- SÉZAR. — Carie et nécrose du bassin. Wurtzbourg, 1898.
- TERRILLON. — Des ostéites du bassin. *Sem. méd.*, Paris, 1884
- WERNER. — Tuberculose de l'ischion, abcès de la fosse ischio-rectale.
- WISARD. — Etude sur les caries extra-articulaires des os du bassin.
- ZELLMAYER. — Contribution à l'étude de la tuberculose de l'ischion. *Thèse de Bordeaux*, 1908.
-

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 8 mai 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 7 mai 1920.
Pour le Doyen,
Le Professeur délégué,
IMBERT.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
